

N°49
MARS 2003

LE TROUBLE DU POST-
PARTUM: REGARDS
PLURIDISCIPLINAIRES ET
PERSPECTIVES.



L'ÉCRIT

SOMMAIRE:

● LE TROUBLE DU POST-PARTUM: REGARDS PLURIDISCIPLINAIRES ET PERSPECTIVES

◦ EDITORIAL , DR MARTIN PREISIG, MÉDECIN ADJOINT, DU PA

◦ DÉFINITION ET MODÈLES EXPLICATIFS, VIJAYE GOBIN, ICUS

◦ OBJECTIFS ET HOSPITALISATIONS MÈRE-BÉBÉ À LA SECTION AOC

(ACUEIL-OBSERVATION ET CRISE), CÉCILE MORGAN, INFIRMIÈRE.

◦ PRISE EN CHARGE DU POST-PARTUM PENDANT LA NUIT, CHRISTIANE GENOUD, INFIRMIÈRE

◦ PRÉSENTATION DES RÉSEAUX, MONIQUE JACQUIN, INFIRMIÈRE

◦ APPROCHE CORPORELLE « MÈRE-ENFANT », MARIE-JEANNE ROHR, PHYSIOTHÉRAPEUTE PRINCIPALE

◦ PROJET QUALITÉ, DR NADINE KAUFMANN DIDISHEIM, MÉDECIN RESPONSABLE DE L'AOC

● CHRONIQUES DU PASSÉ : ASILE DE CERY 1919, CLAUDE CANTINI

● GROUPE EDUCATION À LA SANTÉ, CLAUDINE CHARPENTIER, DIÉTÉTICIENNE, SABRINA ROGER, INFIRMIÈRE

EDITORIAL

TROUBLE DU POST-PARTUM

Dr Martin Preisig

Pendant des décennies, la recherche en psychiatrie était ciblée beaucoup plus sur les troubles chez les hommes que chez les femmes. Cependant, depuis plusieurs années, la recherche s'intéressant aux problèmes des femmes gagne du terrain. Les troubles du post-partum sont un des sujets qui suscite un intérêt particulier. Bien que la plupart des chercheurs se rejoignent dans la constatation que ces troubles touchent la majorité des femmes après un accouchement, les définitions précises des troubles manquent. Il n'est notamment pas clair de définir quelle durée d'intervalle entre l'accouchement et l'apparition du trouble peut encore être admis pour parler d'un trouble du post-partum. Similairement, les critères diagnostiques du "baby-blues" qui représentent la forme la plus légère d'un trouble post-partum, ne sont guère définis. Les troubles les plus sévères du post-partum sont la dépression et la psychose. Elles affectent considérablement l'état de santé de la mère ainsi que celui du nouveau-né. Pour cette raison, une prise en charge rapide et pluridisciplinaire de la mère et de l'enfant est cruciale pour éviter des séquelles pour les deux. Jusqu'à présent, il n'existe encore que peu de services de soins permettant d'accueillir et de traiter simultanément mères et bébés. Plus d'efforts, tels ceux entrepris actuellement à l'AOC (Section Accueil, Observation et Crise) sont nécessaires pour garantir une meilleure prise en charge pour les patientes atteintes d'un trouble du post-partum et de leur bébé. A plus long terme, des tentatives pour prévenir de tels états demandent également plus d'attention.

POST-PARTUM

Vijaye Gobin

« La sagesse populaire:

La future mère arrête de devenir la fille de sa mère pour devenir la mère de son enfant »

Le but de cette présentation est de rassembler et de discuter des connaissances actuelles sur la dépression du post-partum, pour arriver à une meilleure compréhension des difficultés et de la détresse que tant de femmes ressentent après la naissance d'un enfant. Le chagrin des femmes à ce moment de leur vie a été presque toujours considéré comme un sujet médical: on le définit comme une maladie et on l'appelle "dépression du post-partum".

La conception et la naissance d'un enfant représentent pour la plupart des femmes un des bonheurs les plus intenses de leur existence. Cependant, pour certaines femmes, cet événement n'est pas aussi exaltant. Cette expérience peut néanmoins déclencher des réactions affectives diverses, dont certaines viennent troubler cette période cruciale où les femmes accèdent au statut de mères. Une des réactions affectives possibles est la dépression du post-partum, phénomène qui fait l'objet, ces 30 dernières années, d'un intérêt croissant de la part de cliniciens et de chercheurs.

Enfin, dernièrement, la dixième révision de la classification internationale des maladies a inclus le diagnostic de dépression du post-partum dans un chapitre dédié aux "troubles mentaux et troubles du comportement associés à la puerpéralité" non classé ailleurs.

- L'école anglaise de psychiatrie, plus sensible aux travaux publiés dans les années (60 - 80), a abordé les troubles psychiatriques spécifiques au post-partum dans deux excellents et complets ouvrages (Kumar et Brockington 1982 et 1988) qui recensent, analysent et synthétisent la majeure partie de données rattachées à la sphère de la maternité et à la souffrance mentale qui l'accompagne.
- La dépression post-partum: une définition problématique.
La plupart des psychiatres et épidémiologues sont d'accords sur le fait que pendant la période reproductive, les femmes courent un plus grand risque d'accuser les troubles mentaux, notamment dépressifs. Il est difficile par contre de définir la dépression du post-partum. Il y a même des chercheurs (Affonso et Domino - 1984) qui concluent que la dépression du post-partum ressort comme un diagnostic "fourre-tout" car chaque auteur la définit de manière différente.
- Grâce à ces travaux, l'ambiguïté et le manque de précisions concernant les affections mentales du puerpérium commencent à être dépassés, ce qui aboutit à l'heure actuelle à un consensus généralisé qui différencie les tableaux suivants:

1. Le "cafard" du post-partum - post-partum baby blues

2. La dépression du post-partum

3. La psychose du post-partum.

1. Le "cafard" du post-partum ou baby blues

Le baby blues, cette expérience fréquente et passagère, faite d'instabilité de l'humeur, d'anxiété, d'irritabilité (Pitt 1973, Yallow 68), que beaucoup de mères connaissent les premiers jours qui suivent l'accouchement et qui peuvent apparaître surtout autour du 3^{ème} jour durant environ les 10 premiers jours qui suivent la naissance de l'enfant. C'est un état de dépression passagère qui disparaît spontanément. Le baby blues est un

phénomène bien connu, non seulement parce qu'il est très courant, mais aussi parce qu'il arrive lors du séjour à l'hôpital: il se manifeste pour ainsi dire sous les yeux même de professionnels. "Le baby blues" dont la

fréquence se situe entre 50% et 80% de la population de jeunes accouchées.

Symptôme du baby-blues :

- crises de larmes
- humeur dépressive
- anxiété
- irritabilité
- troubles du sommeil (insomnie)
- exaltation de l'humeur
- labilité de l'humeur
- confusion légère (déstabilité, discrets troubles de la mémoire)

2. La dépression du post-partum

La dépression du post-partum, se situe selon Pitt entre l'extrême de la dépression post-partum grave avec le risque de suicide et peut-être d'infanticide et la tendance comme des pleurs qu'on observe dans le baby-blues. Les symptômes de la dépression du post-partum légère sont similaires au baby-blues, mais ils sont présents plus que 2 semaines. Les symptômes de la dépression du post-partum plus sévère sont identiques à la dépression majeure.

La dépression du post-partum, dont l'incidence oscille entre 10% et 15%, peut apparaître au cours de la deuxième semaine après l'accouchement et persister avec une durée variable jusqu'à environ une année après.

Pitt (1968) l'a définie comme l'ensemble des symptômes suivants:

Symptômes - Dépression du post-partum:

- tristesse
- pleurs
- abattement
- labilité émotionnelle
- diminution de la libido
- sentiment d'incompétence et culpabilité liée au rôle maternel

- anxiété
- irritabilité
- préoccupations
- hypocondriaque (fatigue, céphalées, douleurs abdominales, etc...)
- perte d'intérêt et de plaisir
- perte de concentration
- troubles de l'appétit (anorexie ou boulimie)
- troubles du sommeil (insomnie)
- idéation suicidaire (rare)
- découragement.

3. La psychose du post-partum

Il s'agit d'une pathologie grave, en rapport avec des troubles d'adaptation à un nouvel équilibre socio-familial et en rapport avec des troubles de l'équilibre neuro-endocrinien. La fréquence se situe autour de 0.2% et correspond à une réaction psychotique caractérisée par une psychose affective maniaque, dépressive ou mixte et parfois schizo-affective. Les femmes peuvent arriver jusqu'à l'infanticide et au suicide. La gravité du phénomène le rend facilement reconnaissable. Il serait impossible d'ignorer la profonde détresse des femmes qui en souffrent. Leur comportement bizarre et leur besoin d'aide en témoignent.

Il apparaît le plus souvent autour des 4 premières semaines après l'accouchement et nécessite couramment une hospitalisation dans un service de psychiatrie.

Symptômes de la psychose du post-partum

(a)- Troubles de l'humeur (manie et dépression)

Accès maniaque (30 - 40%) avec un début brutal et précoce

Désinhibition
Exubérance
Irritabilité
Labilité affective
Hyperactivité souvent désordonnée
Agitation
Diminution des besoins de sommeil
Accélération de la pensée et du débit verbal
Grande fréquence des hallucinations et des idées délirantes:

- Idées de toute puissance
- Idées de mission divine

- Idées de persécution

Accès dépressif:

Survient plus tardivement que les accès maniaques.

Symptômes dépressifs sévères.

Souvent symptômes délirants et hallucinatoires avec des thèmes qui convergent vers le nourrisson: sentiments d'incapacité, de culpabilité, de déshonneur, de ruine ou de mort.

(b)- Psychose délirante aiguë ou trouble psychotique aigu

Phase pré-délirante:

- Troubles du sommeil
- Ruminations anxieuses
- Bizarries du comportement
- Crises de larmes
- Plaintes somatiques
- Préoccupations anxieuses vis-à-vis de la naissance, de l'état de l'enfant, de l'utérus...
- Gestes de plus en plus automatisés ou distants

Phase d'état (dans les 3 premières semaines avec un pic au 10^{ème} jour):

- Très grande variabilité du tableau clinique (passage de l'agitation à la stupeur, de l'agressivité aux conduites ludiques)
- **Instabilité de l'humeur:** dépressive, exaltée, moments d'irritation, de désespoir
- **Etat confusionnel:** baisse de la vigilance, troubles des perceptions (illusions, hallucinations), désorientation et troubles de la mémoire
- Vécu délirant souvent persécutoire et terrifiant, centré sur la naissance et la relation à l'enfant (ex: enfant atteint de grave maladie, pas né, mort, mère se sent menacée, soumise à des influences maléfiques...)

Etat schizophrénique

Tableau marqué par des bizarreries, repli, parfois début insidieux avec attitude de repli et hostilité, désintérêt pour l'enfant qui est négligé ou soigné de manière aberrante. Ce tableau est souvent précédé par des poussées psychotiques antérieures.

- Après l'accouchement, de nombreuses femmes se trouveront déprimées pour la première fois de leur vie et certaines garderont une tendance à la dépression pendant longtemps (Pitt 1968, Kumar et Robson - 1984). Il y a encore un chercheur, Cox et al - 1984 qui relève que au moins la moitié des mères déprimées ne sont pas encore guéries une année après la naissance de leur enfant.
- Les conséquences de la dépression maternelle sont compréhensibles puisque depuis de nombreuses années déjà, on admet l'importance de la relation mère-enfant précoce pour un développement harmonieux de ce dernier. D'ailleurs, il est bien connu que les perturbations psychologiques chez la mère peuvent jouer un rôle négatif sur le développement de l'enfant aussi bien du point de vue émotionnel que cognitif.
- Des liens entre la dépression maternelle du post-partum et les troubles de la relation précoce mère-enfant, ainsi que les psychopathologies plus graves (schizophrénie des enfants à l'âge adulte) ont également été mis en évidence par Zabula et Manzano en 1990. Dans cette étude épidémiologique longitudinale et rétrospective faite sur 5870 enfants, 23,1% des enfants qui souffraient de schizophrénie à l'âge adulte avaient souffert de troubles de la relation précoce avec des signes chez l'enfant et chez la mère. Parmi les mères de ces enfants, 15,4% d'entre elles avaient subi une dépression du post-partum.
- Par ailleurs, les enfants du groupe index de cette étude présentaient une haute incidence de prématurité, 15,4% et d'accouchements compliqués avec 15,4% de césariennes à terme.

Dépression du post-partum et antécédents gynécologiques et obstétricaux

- Plusieurs chercheurs considèrent que les antécédents de nervosité, le stress, la dépression lors de grossesses précédentes, sont un critère assez significatif de la dépression du post-partum.

- Certains auteurs considèrent le jeune âge de la femme qui accouche comme un facteur de risque. La personnalité immature est considérée comme un facteur de vulnérabilité. Les femmes plus jeunes et les femmes âgées ont plus de risques de faire une dépression durant leur grossesse.
- Les femmes qui n'ont conçu qu'après de longues tentatives et celles qui ont fréquenté pendant longtemps (2 ans ou plus) des dispensaires de traitement de la stérilité ont plus de chances de présenter une dépression après la délivrance.
- Une grossesse non désirée est un facteur très significatif pour développer un désordre émotionnel du post-partum. Des grossesses non désirées, accidentelles ou regrettées, sont des facteurs de risque assez significatifs et susceptibles d'être interprétées comme facteurs de vulnérabilité.
- Un manque de planification de la grossesse pour la femme et pour le mari peut conclure à la dépression du post-partum.
- La mère célibataire supporte moins bien le stress somatique de la grossesse, ce qui favorise l'apparition d'une symptomatologie dépressive.
- La dépression durant la grossesse est un facteur de risque significatif pour la dépression du post-partum (les complications, même mineures, prolongent le sentiment de tristesse et d'angoisse).
- Les femmes ayant eu des césariennes ont tendance à avoir moins d'enfants et ont beaucoup plus de problèmes dans la conception des suivants.
- Résultats plus parlants sur les séquelles psychologiques de **complications médicales durant la grossesse**. L'auteur explique que les complications de la grossesse mettent les femmes devant deux situations nouvelles:
 - a) une condition médicale neuve
 - b) un problème avec leur enfant non né (césarienne).

A ce moment-là, l'image de la femme "saine" et l'idéalisation de l'enfant parfait se trouve fragilisée. Cette perte, avec les complications médicales, supposent un stress qui peut disposer la mère:

- 1) à une dépression du post-partum
- 2) à une vulnérabilité dans la relation avec l'enfant.

Si la mère, en raison de ses problèmes durant la grossesse, imagine un enfant imparfait ou vulnérable, cette anxiété aura une influence sur la santé de l'enfant et réciproquement sur la santé psychologique de la mère.

- Une grossesse compliquée augmente le risque de développer une dépression du post-partum.

Exemple: complications de la grossesse impliquent des enfants malades et donc vulnérables.

Les accouchements prématurés d'enfants de bas poids rendent la mère plus vulnérable à la dépression.

Certains auteurs décrivent une série de réactions à la suite d'une césarienne qui provoque des changements dans le fonctionnement psychique des femmes comme:

⇒ le souvenir négatif de l'expérience de l'accouchement

⇒ une perte de l'auto-estime

⇒ une perte du sentiment de féminité

⇒ une perte encore plus grande de l'image du corps.

Selon les auteurs, les interactions avec les enfants peuvent être aussi marquées, avec moins de contacts physiques ou, à l'opposé, un excès de contacts.

- Le constat a été fait que les femmes ayant eu une **césarienne sous épidurale** ont une expérience moins douloureuse et présentent moins de fatigue et de dépression, gardant un meilleur souvenir de l'accouchement et sont plus disposées à prendre en charge leurs enfants.

L'épidurale à la place de l'anesthésie générale, ainsi que la présence du couple durant

l'intervention, associés à une préparation psychologique à la césarienne pourraient diminuer le risque de cette réaction. Ces mêmes auteurs suggèrent que lors de l'accouchement par césarienne, les pères pourraient porter plus d'attention à l'enfant car les pères ayant assisté à l'intervention ont une attitude plus positive que ceux qui étaient absents.

- Finalement, toute une série de travaux plus récents rend compte de l'existence d'un lien entre les complications obstétricales et la dépression.

LES PROFILS DE RISQUE - LES FACTEURS ASSOCIES

Selon les données de la littérature, les risques favorisant l'apparition d'une dépression post-partum sont les suivants:

- **Les femmes plus âgées** ont plus de risque de faire une dépression du post-partum. L'âge est une variable significative dans les complications obstétricales notamment lors d'une césarienne.

- Un conflit relatif à la grossesse (idée d'interruption) ou un manque de planification (grossesse accidentelle ou non désirée) semble également augmenter le risque de dépression.

- **L'anxiété, le changement de caractère et les émotions instables** (euphorie - irritabilité), **les symptômes dépressifs durant la grossesse** ont un lien significatif avec la dépression du post-partum.

- **Les complications durant la grossesse et l'accouchement**, notamment **les césariennes d'urgence**, constituent un facteur de risque de dépression du post-partum.

- **Des complications obstétricales et le stress dans les soins des enfants comme le prématuré ou maladie de nouveau-né** représentent des facteurs de vulnérabilité qui pourraient provoquer un stress qui favoriserait la dépression.

- L'absence de partenaire (célibataire ou séparé) est un facteur significatif en corrélation avec un désordre émotionnel du post-partum. Il s'agit d'un facteur de vulnérabilité et la solitude augmente le risque de la dépression.

Les facteurs associés

De nombreux facteurs ont été proposés comme étant associés à la dépression du post-partum:

- ⇒ Baby blues
- ⇒ Problèmes psychiatriques précédents
- ⇒ Problèmes obstétricaux lors de l'accouchement
- ⇒ L'âge (plus de déprimées parmi les jeunes mères et les mères plus âgées)
- ⇒ Anxiété pendant la grossesse
- ⇒ Difficultés conjugales
- ⇒ Mère seule (plus de déprimées parmi les femmes seules)
- ⇒ Relation compliquée avec sa propre mère
- ⇒ Grossesse non planifiée
- ⇒ L'interruption de grossesse
- ⇒ La classe sociale (moyens socio-économiques)
- ⇒ Problèmes de logement
- ⇒ Événements négatifs dans l'année précédente; stress social (la relation existe seulement par les mères déjà expérimentées), projection dans l'avenir.

- Les études montrent qu'une proportion élevée des mères souffrent et sont malheureuses. Parfois, leur détresse se rapproche de ce que des professionnels de la santé mentale définiraient comme une "maladie psychiatrique".

Il n'en reste pas moins que les mères souffrent. Pour pouvoir les aider, il est donc nécessaire de mieux connaître les conditions dans lesquelles la détresse naît et se développe.

Prise en charge spécifique mère-bébé dans une unité en psychiatrie

La prise en charge spécifique mère-enfant a vu le jour dans les pays anglo-saxons au cours des années 1950.

Le premier article référencé relatant des hospitalisations mère-bébé en milieu psychiatrique date de **1956**. Douglas Y. apporte son expérience d'hospitalisations conjointes avec des mères représentant des **psychoses puerpérales** dans un service de psychiatrie générale à Londres.

MAIN (1958) fait part de prises en charge de mères présentant une pathologie puerpérale dépressive ou anxieuse avec leur enfant à Cassel Hospital (Royaume Uni).

En France, on attribue à RACAMIER (1961) les premières hospitalisations mère-bébé à l'hôpital psychiatrique.

Les premières hospitalisations mère-bébé ont eu lieu à Cery en 1959.

En 1959, au Banstead Hospital au Royaume Uni, le Dr Baker avait comparé rétrospectivement l'évolution de mères psychotiques hospitalisées avec leur enfant à celle de mères psychotiques hospitalisées, séparées de leur enfant.

La moyenne d'hospitalisation des mères accompagnées de leur enfant était de 10,8 semaines contre 16,8 semaines pour les mères hospitalisées seules.

Au niveau des rechutes avec un recul de 6 mois, c'était de 3 mères pour les mères hospitalisées de façon conjointe, contre 10 pour celles hospitalisées sans enfant.

Enfin, les mères hospitalisées avec leur enfant ont toutes pu s'occuper de lui par la suite, alors que seulement la moitié de celles qui en avaient été séparé en ont été capables.

Prévention et traitements spécifiques des troubles du lien mère-bébé

Pour l'enfant qui à priori n'est pas malade, l'avenir dépend beaucoup des soins que l'on peut apporter à sa mère. La particularité des

hospitalisations mère-enfant est de comporter une dimension de soins du lien qui se noue entre la mère et l'enfant, ce suivi du lien mère-enfant est envisagé sur deux plans:

1. Le cadre créé par l'institution qui reçoit la mère et le bébé
2. La proposition durant l'hospitalisation ou après d'une prise en charge psychothérapeutique.

Prise en charge institutionnelle

La prise en charge institutionnelle où la mère présente une pathologie psychiatrique assez lourde pour nécessiter une hospitalisation repose sur le traitement médicamenteux et sur le traitement des interactions. Ce sont les interactions comportementales, c'est-à-dire les échanges directs qui se font entre la mère et l'enfant et qui se traduisent par gestes, de vocalisation ou des attitudes qui sont directement visés. Les interactions affectives et fantasmatiques sont plus concernés par le travail de type entretiens individuels ou psychothérapeutiques mère-bébé.

Prise en charge de la mère

Une hospitalisation mère-enfant se fait selon deux directions:

1. du traitement de la mère par la chimiothérapie
2. évaluation et soins des interactions que la mère peut proposer à son enfant.

La prise en charge institutionnelle repose essentiellement sur le cadre dans lequel se déroulent ces hospitalisations. Le rôle institutionnelle a un rôle contenant vis-à-vis de la pathologie psychiatrique de la mère, mais doit en plus fournir un étayage à la fonction maternelle. Il s'agit de permettre à ces mères de s'occuper de leur enfant, tout en leur permettant de se décharger de cette responsabilité dans les moments où leur pathologie les entrave trop. Cela doit pouvoir se faire de manière souple, sans entraîner d'exacerbation de la culpabilité des mères et en respectant la façon personnelle de pratiquer. Cette fonction d'étayage de l'institution permet

une prévention des troubles du lien en voie d'établissement entre la mère et son enfant.

PRISE EN CHARGE A L'AOC

Cécile Morgan

Objectifs de l'unité

Assurer la prise en charge de situations de « post partum » (psychoses, dépressions ou autres situations de crise intervenant rapidement après l'accouchement) à travers des **hospitalisations conjointes**. Les modalités de prise en charge pouvant être bien différentes selon l'orientation des équipes (ex. Hôpital de Malévoz).

Ce soin s'organise essentiellement autour de l'accompagnement de mères et de bébés dans leur relation.

Il consiste en une présence attentive auprès d'eux. Il repose sur l'observation de l'accompagnant de la relation mère-bébé et le situe en tant qu'observateur bienveillant.

L'accompagnement vise à organiser un espace contenant et continu autour de la mère et de son enfant. Il s'agit d'accompagner, c'est-à-dire d'« être avec » et non de « faire à la place ». Cet espace contenant et continu est un lieu de rencontre entre ce bébé et sa mère, il permet d'exprimer verbalement et corporellement leurs sensations et leurs angoisses. Il s'agit donc de favoriser les échanges entre la mère et l'enfant en agissant sur l'interaction et en offrant aux mères la possibilité d'une élaboration.

Permettre une réflexion sur ce thème par l'intermédiaire de rencontres d'un groupe de travail composé d'infirmiers intéressés par le sujet. Y sont abordés : les concepts et références théoriques, les soins effectifs prodigués dans le service (introduction et révision de nos documents de soins qui sont par ailleurs validés par le DUPA) et aussi dans d'autres lieux de soins (visites), et le projet-qualité actuellement en cours au sein du DUPA (en collaboration avec la Dresse Kaufmann).

Tout ce travail ayant été initié par notre ancienne collègue Géraldine JOLIAT.

Déroulement du séjour

1. Préparation du séjour

Il nous apparaît nécessaire **d'organiser l'hospitalisation** pour permettre d'éclaircir avec les thérapeutes extérieurs le motif d'hospitalisation et si elle est réellement indiquée.

Nous tenons à présenter brièvement à la maman l'unité et les modalités de l'hospitalisation conjointe. Il est vivement souhaitable de faire participer les proches à cette présentation dont l'objectif est aussi de les rassembler autour de la patiente et son bébé, et de rassurer le couple et l'entourage (pré-conçus sur l'hospitalisation en psychiatrie et crainte d'y laisser un bébé).

Nous recueillerons des informations préalables auprès de la maternité, du pédiatre, de la famille, du réseau social, concernant l'anamnèse, les conditions d'accouchement.

Nous aurons aussi à préparer le matériel de soins qui s'avère être assez conséquent, les chambres et les documents de soins.

2. Accueil de la maman et de son bébé

Au moment de leur arrivée, nous sommes attentifs à instaurer un climat de confiance et à amorcer un lien thérapeutique. Par exemple, nous rappelons à la mère que nous sommes à disposition pour l'aider, la suppléer, l'écouter, ou simplement répondre à ses questions. Une bonne adaptation dans le service favorisera un sentiment de confort et de sécurité pour la maman et son bébé. Le projet thérapeutique sera d'autant plus facile à mettre en place.

Pratiquement, nous les installons et leur présentons le service ainsi que notre manière de travailler.

Nous recueillons les infos auprès des partenaires de soins (remises écrites de la maternité). Puis, en collaboration avec le médecin, nous investiguons le vécu de la maman et de son entourage et comment chacun perçoit l'autre.

En préambule de l'élaboration du projet de soins, nous explorons les objectifs d'hospitalisation de la patiente et son profil (son origine socioculturelle, sa pathologie, ses habitudes de vie, ses représentations).

3. Mise en place du projet thérapeutique

Désignation des référents (double référence)

Nous avons choisi de travailler en double référence, c'est-à-dire qu'un infirmier se charge de la maman, et qu'un second se concentre autour du lien mère-enfant (réfèrent bébé). Ce dernier participe aussi aux entretiens médico-infirmiers.

Tous les infirmiers sont aptes à s'occuper de ces situations en tant que répondant lors de l'absence de l'infirmier référent, qui, lui, est garant du projet thérapeutique et du respect du cadre instauré et conserve une vision holistique de la situation.

Observation/Evaluation

L'hospitalisation débute toujours par une période d'observation du soin et de l'attention que la mère porte à son bébé. Pour nous, une difficulté majeure est d'observer cette mère tout en lui conservant une sphère privée avec son enfant, et en respectant son statut et son rôle de mère, sans être intrusif ni donner l'impression de la juger ou de la surveiller.

De là, en collaboration avec les autres professionnels, nous évaluons la relation « mère-bébé » et redéfinissons le cadre dès que nous l'estimons nécessaire.

Nous essayons de valoriser au maximum les acquis et les progrès, de suppléer lorsque cela est nécessaire, d'accompagner et d'enseigner certains soins s'ils ne sont pas maîtrisés pour qu'elle ne mette pas son bébé en danger.

Importance du cadre

Dans ce cadre, signé par les soignants et la patiente, sont clairement signifiés :

- Les soins et les moments que la maman passe avec son bébé et si les soins sont effectués par elle seule ou avec le soutien d'un infirmier
- Les temps pendant lesquels on ouvre la porte communicante entre les deux chambres
- Les possibilités de congé
- La possibilité de déléguer à une infirmière les soins de nuit

Nous restons tout le long du séjour très attachés à ce cadre en partie pour des raisons de sécurité, ayant la responsabilité de l'enfant à charge.

Collaboration collègues du DUPA

Nous collaborons avec Marie-Jeanne Rohr , physiothérapeute référente pour les situations de post-partum : elle pratique des massages au bébé et transmet certains gestes à la maman. Nous essayons d'introduire des étudiantes en soins infirmiers si elles le désirent mais toujours en supervision. Nous avons aussi l'occasion de faire intervenir l'assistante sociale en cas de problématique sociale.

Collaboration réseau « externe »

Elle consiste en des échanges avec les médecins traitants, pédiatres, gynécologues, sage-femmes, puéricultrices. L'accompagnement de la maman et du bébé lors de ses rendez-vous, et de l'organisation des rencontres avec le réseau.

Collaboration entourage

Tout d'abord, le père est le plus possible associé à la prise en charge : introduction dans les soins, accompagnement pour les soins si nécessaire, présence lors des premiers contacts avec son enfant s'il le souhaite. Pour le conjoint, les heures de visite sont tout à fait flexibles.

Le reste de la famille peut rendre visite selon des horaires aménagés en préservant cependant le rythme de la maman et de son bébé tout en tenant compte de l'état de santé de la patiente.

Le père et les membres de l'entourage sont conviés à des entretiens afin de compléter l'anamnèse, mieux situer les fonctionnements familiaux ou préparer la sortie.

Supervision de l'équipe médico-infirmière

L' équipe médico-infirmière peut être soutenue par la Dresse Corboz (CEF) pour ce type de prise en charge. Ces rencontres sont un moyen pour nous de ventiler, de profiter d'un regard « expert » sur les relations familiales (apport de pistes) et de créer un espace de médiation infirmiers/médecins.

Au niveau médical, la Dresse Kaufmann supervise les situations.

4.Critères de sortie

Comme pour toute hospitalisation en milieu psychiatrique, une régression des symptômes ayant amené la patiente à l'hôpital et l'empêchant d'assumer sa fonction maternelle ou du moins une stabilisation de son état psychique.

L'assurance que l'enfant se trouve en bonne santé physique et psychique, que son développement psychomoteur soit correct et que les parents aient les ressources pour veiller à la santé du bébé (entente au sein du couple, environnement, plan relationnel envers le bébé, recours à des aides extérieures au domicile, soins au bébé). L'hospitalisation aura permis d'évaluer les possibilités de la mère à gérer les contraintes et les difficultés de la vie quotidienne.

La fin de l'hospitalisation n'est en aucun cas synonyme d'arrêt de la prise en charge. En effet, il est primordial que son aboutissement corresponde avec une insertion de la mère et de son enfant dans un réseau de soins (suivi psychiatrique, social, et pédiatrique).

Prise en charge du Post-Partum durant le service de nuit.

Christiane Genoud

Tout d'abord il est important lors de notre remise de service d'avoir une définition claire du traitement, de la prise en charge établie durant la journée par les référentes ainsi que par le médecin afin de permettre une continuité efficace des soins à la mère et à son enfant et de favoriser la confiance de la maman pendant cette période de la nuit, qui souvent engendre de nombreuses angoisses, tensions, ruminations, culpabilité, insomnies et bien d'autres émotions qui peuvent être exacerbées lors des pleurs du bébé. Dans ces moments, nous devons être capables d'assumer la maman et le bébé et de rétablir un apaisement qui permettra à la mère et à l'enfant de poursuivre une nuit réparatrice.

En début de soirée nous serons proches de la maman pour écouter le déroulement de sa journée, prendre en considération ses émotions, mettre des mots sur ses angoisses et la valoriser sur les soins donnés à son enfant. Nous aborderons également les besoins de son bébé. Nous l'aiderons à se poser les vraies questions et l'encouragerons à avoir un contact physique et visuel avec son enfant (Si possible, suivant les prédominances rencontrées chez la mère). Par exemple à lui chanter une chanson ou à le bercer. Nous la rendrons aussi attentive aux besoins de sommeil du nourrisson.

Souvent en début d'hospitalisation la mère peut se sentir démunie face à son nouveau rôle de mère. Elle peut aussi se sentir très fatiguée. Nous lui proposerons alors de nous occuper de son bébé durant la nuit afin qu'elle puisse se reposer. Néanmoins, dans le courant de l'hospitalisation, nous la solliciterons petit à petit afin qu'elle puisse répondre elle-même aux besoins de son enfant durant la nuit tout en lui proposant notre présence si elle le souhaite ce qui souvent la rassure.

Si le père est présent le soir, nous laisserons dans la mesure du possible le couple seul avec leur bébé. Cette intimité leur permettra de se retrouver. Nous les encouragerons à s'occuper ensemble de leur enfant tout en respectant leurs besoins liés à leur style de vie ou encore à leur culture. Par exemple, certains pères ne s'occuperont pas forcément de leur enfant, estimant qu'il appartient à la mère de s'en occuper. Soyons donc indulgents à leurs égards. Nous pouvons aussi ajouter qu'une ballade dans le parc en famille est possible (toujours en fonction du programme)

La sécurité:

Sécurité de l'enfant (celle-ci nous incombe). Comme par exemple de fermer systématiquement la porte à clé après chaque soins ou passage dans sa chambre; de faire attention aux risques auto ou et hétéro-agressif à l'encontre de l'enfant surtout en phase aiguë lorsque l'anxiété peut être encore très présente chez la mère. Lorsque les symptômes sont amoindris il est important de rester toutefois vigilant. Une fois que la mère sera proche de la sortie et à l'aise avec son enfant, une clé lui sera remise afin qu'elle gère elle-même les soins de son enfant. Il est néanmoins encore nécessaire de passer durant notre veille dans la chambre du bébé afin de s'assurer que tout va bien. Il est important aussi de lui recommander de bien fermer la porte de la chambre. Un interphone s'avère également très utile.

Soins de la mère:

Si nécessaire lui proposer un tire-lait et de l'accompagner dans cette démarche car c'est toujours culpabilisant pour une mère de ne pas pouvoir donner le sein (besoin de soutien).

Soins des mamelons:

Peut avoir besoin de soins. Lui montrer alors comment faire et lui donner le matériel.

Soins gynécologiques :

Désinfection des cicatrices si besoin avant la nuit.

Prise des médicaments:

Si la patiente se montre réticente à prendre des médicaments, écouter ses craintes tout en lui signifiant l'importance de ceux-ci, leurs indications mais également leurs effets secondaires.

Signes vitaux

Sommeil:

Veiller à ce qu'il soit réparateur. Notre présence sera nécessaire si elle se sent angoissée

Rester avec la mère (sécurité), la conseiller tout en gardant son rôle de soignant

Soins à l'enfant:

Selon le programme et le nombre de biberons. Planifier avec la maman les horaires, la quantité à donner et la température du lait (à contrôler impérativement).

Que l'enfant soit changé lors de son réveil.

Que le rot soit fait. Souvent la mère a de la peine à attendre, se sentant fatiguée et ayant envie de se recoucher rapidement.

Si le bébé est malade, rendre attentive la mère aux soins à donner et aux médicaments que le petit doit prendre.

Famille:

Répondre aux questions et être présents. Rassurer (leurs angoisses, répondre aux téléphones).

Transmission:

Au matin, la transmission du rapport de nuit aux collègues du jour

conserver une position de soignant mais aussi de permettre d'évacuer son trop plein de stress.

6. AIDER la mère à entendre les demandes et les besoins de son nouveau-né tout en la valorisant et en la maternant dans un premier temps.

Les réseaux (maintenir le lien)

Pédiatres, sages-femmes, puéricultrices, sont des soignants qui s'occupent certes plus spécifiquement de l'enfant mais qui montrent aussi à la mère que ce bébé qu'elle discerne parfois mal dans son imaginaire malade est un enfant bien réel.

A travers un accompagnement souple et chaleureux de la relation mère-bébé, les fonctions d'étayage et de guide des puéricultrices se manifestent également. Leur relation avec les infirmières en psychiatrie crée autour de la mère un réseau de personnes compétentes, consistantes et cohérentes grâce aux échanges d'informations qui sont favorisés.

Nous travaillons aussi avec les puéricultrices et les garderies qui accueillent habituellement les enfants des patientes. Ce lien offre et permet d'évaluer les capacités et l'assiduité qu'a la mère à emmener ou rechercher son enfant.

Avec les réseaux, les visites formelles ou informelles sont des occasions d'établir et de maintenir des liens, certes avec la mère mais aussi avec les soignants en psychiatrie et l'ensemble de l'environnement familial et social: évaluer la fonction du père, apprécier le rôle et le soutien possible des grands-parents (sans pour autant départir la patiente de son rôle de mère), telles peuvent être les différentes tâches des intervenants extérieurs qui oeuvrent parallèlement auprès de la patiente à l'hôpital et à son domicile, pour préparer un éventuel retour.

Les intervenants qui gravitent autour des hospitalisation mère-bébé imposent une cohérence qui nécessite une attention particulière pour la circulation et l'information.

Présentation des réseaux**Rôle de l'équipe soignante****Vijaye Gobin**

1. Être à l'écoute des plaintes des mères.
2. Essayer de repérer les symptômes, ce qui correspond à une analyse sémiologique.
3. Repérer les points de souffrance en jeu.
4. Comprendre à quelles angoisses renvoient les plaintes de la mère et accepter qu'elle en parle même si elle met à jour toute son ambivalence vis-à-vis de son enfant.
5. Garder face à ce discours NEUTRALITE et EMPATHIE. Ce qui permet de

Pour faciliter la communication, les rapports s'établissent souvent plus facilement entre les différents membres de l'équipe de l'hospitalisation mère-enfant et leurs homologues extérieurs: le médecin ou le psychiatre, avec le pédiatre ou le gynécologue, l'infirmière avec la puéricultrice, l'assistante sociale hospitalière avec l'assistante sociale de l'extérieur. De l'importance aussi d'organiser des réunions pour faire la synthèse

C'est un lieu d'échanges et de mise à plat de fantasmes des uns et des autres, gage également de cohérence et de cohésion. Il permet de maintenir et d'élargir le lien avec le réseau médico-social qui entoure les situations difficiles.

Le réseau est souvent dense, mais doit être souple (plutôt filet que grillage) qui va servir d'étagage et de soutien à la mère et à l'enfant.



On choisit ses copains, pas sa famille...

Monique Jacquin

L'enfant, le nouveau-né qui vient vivre ses premières semaines sur terre et à l'AOC, est le dernier maillon d'une famille, qui a mis quelques millénaires pour arriver jusqu'à nous - c'est un parfait inconnu pour quiconque, avec dans ses gènes tout ce qu'ont déposé les siens. L'enfant arrive au monde avec deux possessions: sa vie et sa famille, qu'elle soit présente, absente ou décédée.

Fort de cet à priori, l'attitude de l'AOC est la plus ouverte possible face à la famille mais tient compte des souhaits de la mère de l'enfant ou du couple et de la situation familiale (Ex. pas de famille présente sur le territoire, famille décimée, dispersée ou sans contact avec la mère). Cependant, les visites sont actuellement toujours limitées aux parents de la patiente ou à celles du père de l'enfant, voire à un ou deux membres de la fratrie. La présence des autres proches dépend finalement des liens que la mère a pu tisser tout au long de sa vie. -

"Lorsque l'enfant paraît, le cercle de famille applaudit à grand cri" (V. Hugo) certes, mais il y a des cris de différentes qualités.

Si nous nous référons à notre vécu à l'AOC, ce ne sont pas des cris, quoiqu'une fois... mais généralement plutôt des interrogations très angoissantes et pour cause, que partagent avec nous, souvent bruyamment la famille de l'enfant.

Mais avant de développer, je précise que depuis 5 ans, quelque soit le degré de pseudo-répulsion primaire, montrée ou verbalisée par les membres de la famille, tous ont admis que l'enfant doit rester près de sa mère et que la santé de la mère est primordiale pour l'enfant. Quoiqu'il en soit, l'AOC n'entrerait pas en matière si un membre aussi proche soit-il de la famille s'opposait au séjour de l'enfant à Cery ou si la mère voulait le garder près d'elle.

De toutes les émotions générées par le séjour à l'AOC du nourrisson, la répulsion semble être la plus récurrente. Ce sentiment de rejet me semble être le plus présent. En effet, quoi de plus légitime que de désirer un environnement plus chaleureux et plus douillet pour un petit être. C'est pourquoi, nous sommes souvent confrontés à la consternation des mères et ses proches. Effectivement, le service est bruyant; les chambres (au nord) sont sombres, les espaces restreints, le couloir et les lieux communs "infréquentables" à certains moments de la journée et nous ne pouvons assumer autrement la sécurité du nourrisson que par une porte fermée à clé qui donne si fort cette impression de geôle. Et puis pas de pédiatre directement à disposition. Et enfin, ce monde de pas saccadés, les sonneries du téléphone, des cris parfois aussi et toujours ces bruits de clés, de portes d'ascenseur... Qu'y faire? Que dire? Effectivement, ce n'est pas un environnement enviable pour un des leurs si petit.

Et puis et surtout, il y a tout ce flou sur ce ghetto vert dans les hauts de cette ville - où on y interne les fous avec cette image ancestrale de contention, de cris, d'hirsutisme, d'accoutrements bizarres, choquants mais aussi et avant tout perçu comme un lieu de vie de

gens dangereux, alors accepter que 72 heures, 6 jours, 6 semaines, y vivent leur tout début...

Notre attitude:

Dédramatiser le lieu: ce n'est pas une clinique pédiatrique mais un nouveau-né qui a besoin d'espaces conviviaux restreints du moment qu'il est près de sa mère - et pour les ballades, le cadre est exceptionnel.

Notre qualité d'écoute et l'assurance que notre protocole (une référente infirmière pour la mère et une référente infirmière pour l'enfant) assure une prise en charge optimale du petit résident.

Comme eux, nous avons d'abord l'obsession de la sécurité de l'enfant.

Par ailleurs, son petit quotidien est aussi bien prévu qu'à la maternité, même s'il est moins confortable et reste à mi-chemin entre l'organisation à la maison (exemple: préparation des biberons en chambre) et celle dans l'institution. Quant au bruit, tous l'admettent, certains cris, certains heurts, peuvent réveiller ou apeurer un jeune enfant mais généralement ce dernier s'adapte apparemment relativement bien à un environnement sonore important, qui en fin de compte n'est pas spécifique à l'AOC (certains habiteront proche d'une gare, d'un garage, ou encore d'un lieu où il y a des travaux de construction...).

Enfin, c'est grâce à notre présence dans la durée auprès de la patiente et lors des visites à l'enfant que la famille se rassure petit à petit. Quant à la qualité du séjour que nous proposons aux leurs - Il est fréquent qu'à la fin de l'hospitalisation nous recevons des remerciements et même des propositions de changements liés à un traitement post-partum dans un centre psychiatrique.

Pour tout le reste, les autres besoins de l'enfant et de la patiente, nous y répondons par un imposant et efficace réseau interdisciplinaire.

Naissance d'une mère

Marie-Jeanne Rohr

La prise en charge mère bébé, dans le service de physiothérapie, consiste essentiellement en des massages – dans un premier temps pour la mère, ensuite pour le bébé.

Nous poursuivons deux objectifs : le premier est de nous occuper du corps de la femme, corps qui a vécu beaucoup de transformations pendant la grossesse, pendant et après l'accouchement.

Le deuxième est le maternage de la nouvelle maman.

Dans son ouvrage, Deborah Jackson explique que dans de nombreuses cultures, la tradition veut qu'on s'occupe de la nouvelle mère à travers divers rituels. Des plats spéciaux lui sont préparés, choisis pour leurs propriétés fortifiantes. Des bains ou des massages leur sont prodigués. Dans une tribu africaine, la famille d'origine berce tous les jours la nouvelle maman. Une période, souvent d'une lune, lui est accordée pour se consacrer à son bébé. Pendant ce temps, d'autres femmes s'occupent de son ménage.

Le temps qui suit l'accouchement est un moment crucial pour le repos de la mère. Elle a besoin d'être rassurée et cajolée presque autant que son nouveau-né. Elle se sent souvent très fatiguée, elle a peur de ne pas être à la hauteur et de ne pas bien faire – d'où souvent un sentiment de culpabilité.

Nous allons donc essayer de lui offrir un espace rien qu'à elle où nous nous occuperons d'elle au travers de son corps. C'est aussi un moment où la femme pourra (si elle le désire) parler de ce qu'elle a ressenti et vécu dans son corps durant cette période si importante de sa vie.

Venons à notre deuxième objectif.

C'est pendant la grossesse que le corps change le plus. Le ~~temps~~ ^{regard sur son corps}, que lui renvoie l'entourage est très important pour le vécu de la femme et pour son image corporelle.

Ces transformations se vivent la plupart du temps de manière très naturelle et très heureuse (ne parle-t-on pas "d'heureux événement"?). La femme est fière de son ventre, elle ne le cache plus, elle l'affiche.

Mais il y a aussi des femmes qui sont tout à fait déséquilibrées, qui (malgré le désir d'enfant) ressentent le changement de leur corps comme quelque chose d'intrusif – qui se sentent difformes, pas attirantes, plus aimées par leur compagnon ou leur mari. A ceci s'ajoute un sentiment de culpabilité et elles gardent pour elles leurs angoisses et leurs cauchemars. Certaines pourront en parler plus tard.

Pendant l'accouchement, le vécu corporel est extrêmement fort. Pascale Rosfelter, psychologue-clinicienne a parlé avec des dizaines de femmes, tout de suite après l'accouchement. Ce qui m'a frappé, c'est la force des termes utilisés. Elles parlent de "tremblement de terre", de "cataclysme". Elles ont peur de mourir, de ne jamais y arriver, d'être abandonnées par leur corps. Elles évoquent qu'elles ont éprouvé tour à tour panique, violence, abandon, tristesse, euphorie, confiance et tant d'autres nuances de sentiments qui les ramènent à leur histoire familiale, à leurs limites et à leur fragilité.

C'est aussi dans ces témoignages que certaines femmes parlent d'un vertigineux sentiment de vide après l'accouchement.

Quant au massage du bébé, nous le proposons dans un deuxième temps. C'est la mère qui le pratiquera tout de suite. C'est elle qui saura les gestes justes pour son enfant. Nous sommes avec elle pour la rassurer dans ses gestes, la valoriser. C'est un excellent moyen pour la mère de rentrer en contact avec son bébé, de l'appivoiser, d'installer un dialogue avec lui.

Stern, dans son livre "Mère-enfant, les premières relations", dit : "L'utilisation que la mère fait de son visage, de sa voix, de son corps et de ses mains constitue le premier contact du nourrisson avec le monde humain...".

Bibliographie :

- La Sagesse des Mères, Deborah Jackson, Edition Seuil
- Bébé Blues, Pascale Rosfelter, Edition Calmann-Lévy
- Mère Enfant, les premières relations, Daniel Stern, Edition Pierre Mardaga

Traitement médicamenteux selon la présentation de la Dresse N. Kaufmann à l'AOC - janvier 2002

- Evaluation - Bénéfices - Inconvénients
- La phase du développement embryonnaire (période d'organogenèse) de la deuxième à la huitième semaine de gestation est la période où l'embryon est le plus vulnérable aux effets tératogènes
- Tous les psychotropes sont susceptibles de passer dans le lait maternel
- Les systèmes enzymatiques de nouveau-né sont immatures et un apport même minime de médicaments peut s'avérer délétère. Dès la 10^{ème} semaine, les systèmes enzymatiques fonctionnent bien
- Dose minimale efficace. Limiter au maximum le nombre de médicaments
- Si une femme a pris un médicament pendant la grossesse, il n'est en général pas nécessaire d'en changer puisque l'enfant sera exposé à des doses plus faibles qu'in utero (exception le lithium)
- Contre-indications à l'allaitement sous psychotropes:
prématurés (?), troubles hépatiques, rénaux, cardiaques, ictère néonatal (contre-indications absolues: compétition au niveau hépatique)
- Surveiller étroitement l'apparition de signes évoquant des effets indésirables chez le nourrisson (sommolence, hypotonie, perte ou

prise insuffisante de poids, irritabilité, pleurs, coliques, diarrhées...)

Antidépresseurs

- **Grossesse:**

SSRI: 1^{er} choix (moins la Fluctine vu longue demi-vie ?): Zoloft, Deroxat, Seropram, Floxyfral.

Efexor: peu de données, mais n'augmenterait pas le risque de malformation.

Réméron, Néfadar, Edronax: pas ou peu de données.

Tricycliques (Saroten, Tofranil): peu de risque, mais syndromes de sevrage décrits chez le nouveau-né.

- **Allaitement:** **SSRI**, éviter Fluctine. Efexor: probablement sûr (peu de données).

Antipsychotiques

- **Grossesse:** d'une façon générale, la tératogénicité est faible. Choisir **Haldol**, **Fluanxol** à petites doses (peu de risque de constipation, d'hypotension et de fatigue).

N.B. Pas d'anticholinergiques.

Risperdal, **Zyprexa** (prise de poids problématique), **Seroquel**: risque probablement faible.
Leponex ?

- **Allaitement:** faible posologie d'Haldol
Nouveaux antipsychotiques: données insuffisantes

Benzodiazépines

Utilisation controversée. Pas clair que qu'ils soient vraiment tératogènes.

- **Grossesse:** éviter si possible pendant le 1^{er} trimestre.
Choisir BZD à courte demi-vie et sans métabolites actifs, comme le **Seresta** et le **Temesta**
Diminuer ou arrêter en fin de grossesse pour limiter les risques d'intoxication et de

sevrage pour le nouveau-né (hypotonie, léthargie, irritabilité...)

- **Allaitement:** **Temesta** et **Seresta** à posologie minimale efficace, juste après une tétée.

Somnifères

- **Grossesse:** **Imovane**, (Chloral ?).
Données insuffisantes pour Stilnox et Sonata.
- **Allaitement:** **Stilnox** (faiblement excrété dans le lait).

Thymorégulateurs

Dépakine, Lithium et Tégretol: psychotropes les plus tératogènes

- **Grossesse:** si possible, les éviter pendant les 3 premiers mois. Si pas possible, petite préférence pour le **Lithium**: considéré il y a quelques années comme l'exemple même du médicament tératogène (malformations cardiaques en particulier). Mais risque pas si clair selon études plus récentes et n'est plus contre-indiqué: considérer sévérité de maladie, réponse au lithium + surveillance échographique.

Eviter Topamax (données insuffisantes).

- **Allaitement:** **Dépakine**, **Tégretol**

Eviter lithium, Topamax (données insuffisantes).

PROJET QUALITE

Dr Nadine Kaufmann Didisheim

Un projet qualité intitulé "amélioration de la prise en charge hospitalière mère-bébé des femmes souffrant de troubles psychiatriques du post-partum" est actuellement en cours. Ayant débuté en mars 2002, il doit se terminer en août 2003. Mené conjointement par le SUPEA et le DUPA, il vise à :

1. faire un état des lieux de la situation actuelle (par une étude rétrospective sur dossier et par un questionnaire adressé aux personnes concernées). De janvier 2000 à juin 2002, il y a eu 15 mères hospitalisées avec leur bébé et 18 mères hospitalisées sans leur bébé durant la période du post-partum.

2. améliorer la coordination entre les services, formaliser les prises en charge

3. favoriser la reconnaissance et le remboursement des prises en charge conjointes mère-enfant.

L'équipe de projet est constitué par Mme S. Thévoz, psychologue chargée de recherches et les Docteurs S. Gamba Szijarto, C. Müller Nix et A. Herzog du SUPEA, N. Kaufmann Didisheim et M.M. Saillen Stoll du DUPA.

Il est prévu de consulter plusieurs intervenants, en psychiatrie adulte et en pédopsychiatrie, en pédiatrie, en gynécologie obstétrique, au SPJ et dans les foyers mère-enfant.

Chroniques du passé

Claude Cantini

que nous ne présentons plus vient de publier dans les *Cahiers d'histoire du mouvement ouvrier* (AEHMO), n°18, pp.113-119, 2002, un article, asile de Cery, 1919, que nous nous réjouissons de soumettre aux lecteurs de L'Écrit.

Asile de Cery, 1919

J'ai déjà eu l'occasion de parler des événements que Cery a connus en 1919¹. Depuis lors, l'heureuse découverte dans un coin du Vieux Cery d'un registre contenant les procès-verbaux du syndicat² et l'examen des archives, enfin disponibles, de la Police de

¹ Voir les Cahiers du mouvement ouvrier, n°4, 1987, pp.43-51 ; et Les Services Publics, 29 janvier 1998.

² Syndicat du personnel secondaire de l'Asile de Cery, 1919-1927 (en possession de Jean-Pierre Amy, Lausanne)

Sûreté vaudoise³, m'ont permis d'affiner, documents à l'appui, de nombreux détails, surtout en ce qui concerne « l'affaire Bornens ».

Ernest Bornens, célibataire, originaire de Genève, y est né en 1886. Il a passé son enfance et son adolescence en France (entre autre à Lyon et Paris) où ses parents, Joseph-Marie et Catherine Ducruet, avaient émigré. Revenu en Suisse en 1905, il part l'année suivante pour le Canada où il travaille comme infirmier à l'Asile d'aliénés de Montréal. Il rentre à Genève en 1914 et travaille comme représentant de commerce. En 1917, il part pour Lyon (il est engagé à l'asile de Bron) et se transfère ensuite à Marseille où il travaille à l'asile d'aliénés et reste jusqu'à la fin mars 1919. Rentré une fois de plus en Suisse, il est engagé à l'Asile de Cery le 15 avril et commence son travail d'infirmier – ainsi que sa propagande syndicale, fort qu'il est de ses expériences françaises.

Les rapports de la police de Sûreté⁴ sont explicites à cet égard : « Depuis l'arrivée de Bornens comme employé à l'Asile de Cery, soit depuis avril de cette année, le personnel avait formé un syndicat de 160 membres environ⁵. Et Bornens a dirigé tout le mouvement, faisant réclamation sur réclamation quant à l'amélioration des traitements ; il fut nommé d'entrée président du syndicat. Mais comme on pourra s'en rendre compte, ce syndicat paraît se rattacher directement au parti socialiste-extrémiste, sans peut-être que les membres ne s'en doutent. Bornens est un extrémiste, violent, et nous aurons à parler de lui par la suite⁶ ».

Un syndicat a été effectivement créé le 26 juin 1919, à la suite d'une assemblée générale des employés de l'Asile de Cery. Les participants ont alors voté cette création à l'unanimité, le

³ archives cantonales vaudoises, S 112-88, carton n°13, dossier 756.

⁴ Au nombre de quatre datés des 19, 21, 22 juillet et du 8 août 1919, ils ont été rédigés par le sous-brigadier Auguste Wagnière.

⁵ En 1919, l'Asile de Cery comptait 180 employés dont une centaine d'infirmiers et d'infirmières, à l'exclusion du personnel médical et administratif. Donc un taux de syndicalisation exceptionnel.

⁶ Rapport du 19 juillet 1919, p. 1.

docteur Preissig, sous-directeur, présent en remplacement du directeur qui était empêché, « ne formule pas d'objection » : « Il est procédé ensuite à la nomination du comité provisoire par vote au bulletin secret. Sont élus : les camarades Bornens Ernest, président, Geiger David, secrétaire, Brandli, Badoux, Desponds, Henchoz, Dubois Marie, Civario Augustine et Curchod Lucie, membres, lesquels sont chargés de l'élaboration des statuts », lit-on dans le procès-verbal sous la signature de Geiger.

Lors de l'assemblée générale convoquée le 3 juillet suivant : « Il est procédé à la constitution du syndicat en présence de Monsieur le Docteur Mahaim qui déclare ne pas pouvoir s'y opposer et reconnaît son utilité dans certaines occasions. Ensuite lecture et explication des statuts est donnée à l'assemblée qui les ratifie à l'unanimité et déclare leur entrée en vigueur immédiate. La nomination du comité définitif a lieu par vote à bulletin secret. Une proposition du camarade Vuillens de porter à la Présidence le camarade Bornens par acclamation est acceptée et ratifiée à l'unanimité. Le comité définitif est donc constitué comme suit : les camarades Bornens Ernest, président, Geiger David, vice-président, Gavillet, trésorier, Badoux, secrétaire, Bovard, Henchoz, Chevalley, Cuénoud, Perrin Louise, Civario Augustine, Dubois Marie et Freymond Emma, conseillers de section⁷ ».

Mais dès le surlendemain, le Conseil d'Etat libéral-radical, présidé par Ernest-Louis Chuard, informe le médecin-directeur et professeur Mahaim, qui est en poste depuis vingt ans, qu'il ne saurait admettre : « constitution entre des fonctionnaires ou employés publics, d'une association ou syndicat dont l'entrée en relation avec une association politique internationale est prévue et qui prétend, entre autre, selon ses statuts, intervenir dans les questions de discipline et organiser des grèves, c'est à dire la suspension des services auxquels ces fonctionnaires ou employés publics sont commis. (Il considère donc) une telle association comme illicite et se réserve de prendre, à ce sujet, des mesures que

l'intérêt public peut exiger⁸ ». Sous le pseudonyme de Justus, Ernest Bornens écrit par ailleurs des articles sur Cery dans le quotidien socialiste *Le Droit du Peuple*⁹. Il paraît donc logique au sous-brigadier Wagnière que ce même Conseil d'Etat ait « prié M. Mahaim de congédier immédiatement l'infirmier Bornens, qui est le principal meneur parmi le personnel de l'établissement. M. Mahaim donna donc connaissance ce matin à Bornens de la décision du Conseil d'Etat. A 10 heures, Bornens quittait l'établissement, sans avoir eu le temps de discuter avec ses collègues de travail. (...) Lorsque les employés apprirent peu à peu, dans la fin de la matinée, la mesure prise contre leur président, on constata aussitôt une certaine effervescence dans tout l'établissement. Le directeur empêcha formellement les employés de se réunir durant les heures de travail, mais autorisa par contre le comité de se rassembler après le dîner, soit à une heure. Geiger David, vice-président, remplaça Bornens. Les opinions, à ce moment là, étaient partagées ; on parlait d'une grève éventuelle. Geiger eut alors une discussion avec M. le Dr Preissig, et peu après, il déclarait vouloir quitter de suite l'établissement, en témoignage de solidarité envers son président et ami Bornens. M. le Directeur, très heureux de la décision de Geiger, lui remit son salaire et à deux heures, ce dernier quittait l'établissement. Le personnel continua alors le travail, sans qu'aucune décision fût prise quant au mouvement de grève. La chose en est là : Il faut prévoir que Bornens et Geiger chercheront par tous les moyens à faire éclater une grève dans l'établissement et resteront en contact avec le¹⁰ ».

La décision autoritaire du Conseil d'Etat vaudois confirmait, hélas, une précédente affirmation de la presse socialiste : « toutes réclamations ont pour effet inexorable de faire

⁷ Registre des procès-verbaux du syndicat, syndicat, op. cit., pp. 1-2.

⁸⁸ Bulletin des séances du Grand Conseil du canton de Vaud, 14 mai 1928, pp.2 employés03-204.

⁹ Voir les articles « Justus à M. Gavillet » dans l'édition du 21 juin 1919 (où l'économe de Cery, Emile Gavillet, est traité de « propagateur de grève sans le savoir ») et « une victoire de plus » du 17 juillet 1919, avec cette interpellation : « Comment les employés se syndiquent ? ».

¹⁰ Rapport du 19 juillet 1919, pp. 1-2.

renvoyer ceux qui les présentent¹¹. Ce congé arbitraire est clairement enregistré dans le cahier des « entrées et sorties du personnel de l'Asile de Cery, 1913-1956 », tenu à jour par les « surveillants », infirmiers-chefs successifs.¹² Et la formule utilisée, « Chef du syndicat révoqué par le département », explique la réaction du personnel infirmier qui, à vrai dire, est toute relative : « j'ai appris ce jour à deux heures de l'après-midi, qu'un mouvement de grève avait éclaté à l'Asile d'aliénés de Cery-près-Lausanne. Je me suis immédiatement rendu sur place. A mon arrivée on licenciat les vingt gendarmes qui avaient été appelés d'urgence. Tout le personnel de l'Asile était à son poste. Rien d'anormal n'est à signaler, et tout mouvement de grève paraît être définitivement écarté¹³ ». Ce témoignage policier, oculaire, est toutefois contredit par ce qu'écrivait *Le Droit du Peuple* du lundi 21 juillet 1919 : « le président du Syndicat des employés de Cery ayant été subitement et arbitrairement révoqué, le personnel s'est mis en grève samedi. La grève a été générale tout d'abord et aujourd'hui, par intimidation, le travail a repris d'une façon d'ailleurs peu régulière¹⁴ ».

Du reste, une bonne partie du comité syndical s'est permis une belle dérobade en se fendant, lors de sa séance extraordinaire du 19 juillet à une heure, de la déclaration suivante : « Vu le brusque appel à la grève pour laquelle le comité du Syndicat n'a pas été prévenu et n'a pu par conséquent prendre ses responsabilités, puisqu'au terme (sic) de nos statuts elles sont du ressort de l'Assemblée générale. Vu l'ignorance dans laquelle se trouvait la majeure partie des membres du comité quant aux dispositions prises dans l'éventualité d'une grève (...). Le comité vote à l'unanimité une proposition déconseillant la grève tant que les formalités prévues par les statuts n'auraient pas été respectées, réprouvant toute dictature qui nous a plongés dans le désarroi¹⁵ ».

¹¹ *Le Droit du Peuple*, 12 mai 1919 : article intitulé « A Cery ».

¹² Photocopie en ma possession.

¹³ Rapport de 19 juillet 1919, p.1.

¹⁴ Titre de l'article : « Une grève à l'Asile de Cery ».

¹⁵ Registre des procès-verbaux du syndicat, Syndicat..., op. cit., p. 4.

Le directeur et le sous-directeur de l'Asile sont présents à la séance et offrent au comité (dans lequel l'infirmier Louis Bovard assume la présidence provisoire) un petit plat de lentilles : « Monsieur le Directeur et Monsieur le Sous-directeur Preissig ont renouvelé leur déclaration de reconnaissance du Syndicat et promis leur appui pour obtenir la même reconnaissance de la part du Haut Conseil d'Etat¹⁶ ».

Contrairement aux bruits qui ont couru, l'infirmier Bornens n'a jamais été arrêté, mais tout simplement auditionné l'après-midi du 19 juillet, par le sous-brigadier Wagnière, dans les locaux de la Sûreté à la Cité. L'interrogatoire a porté uniquement sur ses antécédents judiciaires à la suite d'une enquête administrative ouverte par le Département de Justice et Police.

Même s'il s'agit à l'évidence de prétextes pour justifier après coup le renvoi de l'infirmier, voici les écarts de conduite qui avaient été imputés à Ernest Bornens avant son arrivée à Cery : Genève, 1905, condamnation à un an de « maison de discipline » (à Aarburg en Argovie) pour s'être enfui en Savoie avec une jeune fille de dix-sept ans ; Aigle, août 1914, après avoir été extradé en avril depuis Lyon, il est condamné à trois mois pour vol ; Genève, octobre 1914, dix-huit mois pour abus de confiance (qu'il passera à la colonie de travail bernoise de Witzwyl) ; Genève, 1917, condamnation à trois mois pour vol.

« De l'entretien très long que j'ai eu avec lui – écrit le sous-brigadier Wagnière – j'en conclu que Bornens est un fou ; très certainement il n'est pas normal, et sa place paraît plutôt être comme malade dans un asile que comme infirmier. Mais à mon avis, c'est un fou dangereux, très violent, qui, j'en suis sûr, ne reculerait pas devant la violence pour arriver à ses buts. Il m'a déclaré nettement qu'il est internationaliste, socialiste-extrémiste, et que la violence amène la violence (souligné par le policier). Il se déclare contre la manière forte, mais l'emploierait tout de même si la classe bourgeoise l'y poussait. Il m'a parlé de politique pendant plus de deux heures. Je le juge comme anarchiste-communiste, ni plus, ni

¹⁶ Ibid.

moins (...). Bornens est un garçon assez intelligent, parlant bien ; il est de petite taille, très mince, visage pâle, moustache fine et rousse, louche fortement ; il porte la cravate rouge, comme un bon socialiste¹⁷ ».

Bornens aurait aussi manifesté l'intention de « s'attaquer à M. Etier (Paul, président du Conseil d'Etat) qui n'aurait pas répondu à une de ses lettres » et prétendu que la chose irait devant le Grand Conseil. Cependant, le Bulletin des séances du Grand Conseil du canton de Vaud pour 1919 reste muet à ce sujet. Il n'y a donc pas eu de suite.

Le dimanche soir 20 juillet, une assemblée du personnel de Cery a lieu au Café de La Fleur-de Lys à Prilly ; y participent une vingtaine d'employés, soit ceux qui avaient congé ce soir-là. Le sous-brigadier Wagnière, qui a été invité à la réunion par Bornens, après avoir souligné dans son rapport que « tous les employés tiennent son parti, il paraît être aimé de tous », cite la conclusion du discours prononcé par Bornens : « Chers camarades, soyez unis, tenez-vous la main dans la main, vous serez forts, continuez ce que je vous ai commencé et on vous craindra ; on a peur de vous, car difficilement on pourrait vous remplacer ; moi, comme internationaliste, j'ai un grand devoir à remplir, j'ai un but à atteindre ; j'étais sûr d'essayer la révocation à la suite de mon audace, mais je suis content, j'ai rempli la tâche qui m'était commandée (souligné par le policier). Je ne vous abandonnerai pas, je resterai en contact avec vous et vous donnerai très volontiers tous les conseils que vous me demanderez. Demain soir, lundi, réunissez-vous tous, nommez votre nouveau comité et poursuivez votre chemin. Jamais aucune autorité ne pourra vous empêcher d'abandonner le travail ; ne faites pas de casse, pas de scandale, soyez très calmes. En attendant de prendre cette décision qui oblige la réunion de tout le syndicat, faites bien votre travail, qu'on ne puisse vous faire aucun reproche de ce côté-là¹⁸ ».

Est-ce vraiment là le discours d'un fou ?

Une assemblée syndicale aura effectivement lieu le 21 juillet. Notre sous-brigadier la

rapporte ainsi : « Hier soir lundi a eu lieu une réunion du syndicat du personnel de l'Asile de Cery, dans une grande salle de l'établissement même. M. le Dr Preissig a assisté à la réunion. Un nouveau comité a été constitué et le syndicat se propose de présenter des nouvelles revendications au Département de l'Intérieur. Aujourd'hui paraîtra dans *Le Droit du Peuple* un article signé Justus relatif à la grève de Cery. C'est Bornens qui est l'auteur de cet article¹⁹ ». Ernest Bornens a effectivement envoyé au quotidien socialiste un article émouvant intitulé « A l'Asile de Cery » dont voici un extrait : « Les lâches qui ont révoqué le président du syndicat parce qu'il voyait trop clair, parlait trop ferme et connaissait trop bien la justice et la légalité des griefs du personnel. A celui-là, on a enlevé son pain, son droit à la vie en travaillant ! sans motif de service, on l'a pris comme une bête malfaisante, sans lui laisser une heure de liberté et il a dû partir. Il a fait son devoir²⁰ ».

De son côté, le Dr Preissig a pris la parole lors de la réunion du 21 juillet : « L'assemblée entend ensuite un exposé de Monsieur le Sous-directeur Preissig touchant le cas de grève dans un Asile d'aliénés, le condamnant au point de vue humanitaire et des lois civiles. Il remercie d'avoir mis fin à la manifestation du 19 juillet²¹ ». L'infirmier Louis Bovard prend la présidence du nouveau comité, avec Auguste Badoux comme secrétaire.

Après avoir quitté Cery et logé quelques jours à Lausanne, à l'Hôtel de la Poste, Ernest Bornens se rend le 23 juillet, sur invitation, à l'Asile neuchâtelois de Perreux pour une période d'essai. D'après une notice policière non signée mais datée du 29 juillet, « La Direction de l'Asile de Peseux (sic) a déjà congédié (d'elle-même ?) ce vilain merle qui rôde actuellement dans les rues de Lausanne ». Le même rédacteur ajoute que « vu les condamnations encourues par cet individu, son expulsion du territoire vaudois peut être prononcée sans difficulté ».

Cela allait être chose faite dès le 1^{er} août 1919, pour une durée indéterminée, Ernest Bornens

¹⁷ Rapport du 19 juillet 1919, pp. 3-4.

¹⁸ Rapport du 21 juillet 1919, p.1.

¹⁹ Ibid., p.2.

²⁰ *Le Droit du Peuple*, 22 juillet 1919.

²¹ Registre des procès-verbaux du syndicat, syndicat...op.cit., p.5.

recevant cinq jours plus tard la notification l'enjoignant de quitter le canton de Vaud le jour même. Un rapport du 8 août rédigé par le sous-brigadier Wagnière précise d'ailleurs que « Bornens a quitté immédiatement le territoire du canton et se trouve actuellement à Genève. Il a laissé une partie de ses effets en garantie à l'Hôtel des Voyageurs, où il logeait. Il se fera adresser sa malle lorsqu'il aura trouvé un emploi ».

De son côté le syndicat de Cery continuera son chemin cahin-caha. Lors de l'assemblée générale du 31 juillet 1919, « une proposition du camarade Desponds en vue d'accorder au camarade Bornens, président fondateur du syndicat, le titre de président honoraire est acceptée à l'unanimité ». En revanche, le 14 novembre suivant, le président donne connaissance à l'assemblée « de la lettre du Conseil d'Etat adressée à la direction. De ce fait, la question du changement du syndicat en association (c'est moi qui souligne) est votée par 61 oui contre 20 non et un bulletin blanc. Ensuite le secrétaire a donné lecture des nouveaux statuts²² ».

En octobre 1920, la nouvelle association adhère à la Fédération des employés et fonctionnaires cantonaux. Cinq ans plus tard, le 4 novembre 1925, on constate que les mauvaises habitudes sont longues à disparaître : « Le collègue Fiaux (...) trouve injuste que l'on appelle en assemblée générale camarade un tel, il prétend que ça tire du côté des communistes et que ça sent trop Moscou, que l'on devrait s'appeler M. ou M^{lle} ! ». Un dernier regret s'exprime pourtant un peu plus tard, le 4 mai 1926 : « Il est reconnu (...) que nos anciens collègues ont fondé un syndicat et maintenant nous marchons en association²³ ».

Le dernier procès-verbal connu de l'association date du 21 septembre 1927 et concerne la réunion du comité, présidé depuis une année par l'infirmier Emile Becholey ; Félix Duruz s'occupe du secrétariat.

Une dizaine d'années plus tard, la simple intention d'arrêt de travail de juillet 1919 devait devenir « la grève de 1919 ». Pourtant, même

l'insoupçonnable policier Wagnière n'avait parlé que de « tentative de grève ». Cependant, avec l'apparition d'une nouvelle organisation syndicale, en l'occurrence la VPOD, il s'agissait à nouveau de faire peur pour mieux l'étouffer dans l'œuf.

Groupe « éducation à la santé »

Claudine Charpentier, Sabrina Roger

Animé par les auteures de cet article, ce groupe se réunit deux fois par mois pendant une heure dans la salle Steck proche de la cafétéria de l'hôpital.

Il existe depuis trois ans et regroupe chaque fois trois à cinq patients accompagnés parfois par des infirmiers-stagiaires de leurs unités.

C'est un groupe ouvert à tous les patients du Département universitaire de psychiatrie adulte, qu'ils soient pris en charge à l'hôpital, en ambulatoire ou au Centre d'ergothérapie sociale, s'ils ont des soucis de prise de poids, de constipations résistantes, d'allergies ou d'alimentation irrégulière. Sa composition est faite en moyenne d'un tiers d'hommes et de deux tiers de femmes, toutes les tranches d'âge sont représentées.

Tout un travail de sensibilisation est nécessaire pour que les patients soient informés et aient envie de venir au groupe. M^{me} Roger se charge de cette tâche pour la section « E. Minkowski » et l'information est diffusée à la STAH lors de leur colloque matinal quotidien. Les patients de l'ambulatoire ont quelques réticences à venir sur le site hospitalier.

Son but essentiel est de donner des informations sur la meilleure manière de manger équilibré. Nous utilisons comme support pour l'animation des photos représentant des aliments que nous posons sur la table, afin de générer les questions des participants : « a quoi ça sert de manger de la viande ? », « le camembert et le gruyère, lequel des deux est le plus gras ? ». le groupe est ainsi très vivant, les remarques fusent et même les plus timides ont des choses à dire.

²² Registre des procès-verbaux du syndicat, Syndicat... op. cit., p.5.

²³ Ibid., pp. 68 et 73.

La prise de poids importante liée à la prise du Zyprexa²⁴ ouvre la possibilité d'une consultation diététique à Sévelin (ambulatoire pour les patients souffrant de troubles schizophréniques) puisque cet aspect des choses est souvent un obstacle à une bonne compliance médicamenteuse, d'autant qu'avec quelques précautions éclairées l'on peut diminuer significativement cet effet secondaire des plus désagréables sur l'image que les patients ont d'eux-mêmes.

Le groupe « dépression » de la consultation ambulatoire des Marronniers nous a invité par l'intermédiaire d'une de ses animatrices (M^{elle} Agnès Maire) et notre surprise est née de la gaieté, du dynamisme des douze participants qui ne nous laissaient pas placer un mot ; il semble que d'avoir à parler d'autres choses que de leurs symptômes dépressifs, avait constitué un bon échappatoire. Il est prévu que nous puissions renouveler l'expérience trois ou quatre fois dans l'année, à chaque modification importante des participants de ce groupe semi-ouvert qui se réunit aussi tous les quinze jours.

²⁴ Le laboratoire Lily qui produit le Zyprexa développe un programme pour limiter les prises de poids induites par le traitement.

Illusion: can you see the baby?

Copyright Madblast.com





DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE
DE PSYCHIATRIE ADULTE

HOSPICES CANTONAUX /
ETAT DE VAUD

RESPONSABLE DE LA PUBLICATION: SERVICE DES SOINS
INFIRMIERS
SITE DE CERY - 1008 PRILLY-LAUSANNE
[HTTP://WWW.HOSPVD.CH/PUBLIC/PSY/DPQL/](http://www.hospvd.ch/public/psy/dpql/)

PRIX: FR. 2